



**Viabilidad/Desarrollo de un protocolo de tratamiento  
grupal basado en el programa STEPPS y aplicado en  
formato online para síntomas asociados al trastorno  
límite de la personalidad (TLP)**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universitat Jaume I (Castellón)

Eva María Ibáñez Navarro

20445466F

Azucena García Palacios

*SBF018 Trabajo Final de Máster*

Junio 2021

## Agradecimientos

Me siento muy agradecida por haber podido desarrollar este estudio piloto *online* basado en el programa STEPPS como trabajo final de máster. Esto me ha permitido ahondar en mi conocimiento sobre el programa desde primera fila y adquirir experiencia práctica, algo que, durante el último año, teniendo en cuenta las restricciones por la pandemia por COVID-19, habría sido casi imposible conseguir de otro modo.

Más allá de mi aprendizaje sobre los beneficios de este programa para mejorar la calidad de vida de las personas con TLP y sus allegados, he de decir que ha sido un privilegio conocer a las nueve integrantes del taller. A ellas les estoy tremendamente agradecida por haberse permitido la valentía de “dejarse ver” por nosotras y confiar en que pudiéramos ayudarlas. Una terapia grupal se nutre de las vivencias de sus participantes y, sin duda, ellas han enriquecido este estudio.

Gracias también a mi tutora, Azucena García Palacios, por haber confiado en mi propuesta de TFM, por haberse mostrado interesada y solícita desde el primer instante y haberme ayudado a darle forma a todo esto, sirviéndome de guía cuando era necesario, aunque permitiéndome libertad de movimiento en cada paso del camino.

Gracias infinitas a mi coterapeuta, Beatriz Esteban Brau, por su confianza, su humildad, su pasión, su profesionalidad y su cercanía, y por haber compartido conmigo las aventuras y desventuras de este viaje en el que hemos decidido embarcarnos codo con codo. *Sin ti, no habría sido lo mismo.*

No quisiera acabar estas líneas sin darle las gracias también a Jorge, mi pareja, por ayudarme a recuperar el equilibrio cuando sentía que perdía tierra firme.

Gracias a todas y cada una de las personas que han hecho posible que escriba hoy estas letras, por haberme ayudado a crecer y a posicionarme un poco más cerca de poder trabajar con la personalidad y sus trastornos.

## RESUMEN

**Resumen:** El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos más incapacitantes para las personas que lo sufren. Existen varios programas de tratamiento de eficacia demostrada para este trastorno, pero es necesario seguir investigando para mejorar su utilidad clínica en distintos contextos y formatos. Este estudio piloto pretende someter a prueba la viabilidad de una versión reducida del programa STEPPS en su aplicación a formato online.

**Método:** 9 personas con síntomas asociados al TLP participaron y completaron el programa. Fueron evaluados antes y después de su participación. Las medidas evaluadas fueron sintomatología TLP, regulación emocional e impulsividad.

**Resultados:** Se observan cambios significativos en síntomas TLP. Las puntuaciones en la variable regulación emocional señalan mejoría en el funcionamiento global y en las subescalas atención, claridad y aceptación. También obtuvimos cambios para impulsividad global, y en sus subescalas planificación e impulsividad motora. Existe mejora en las puntuaciones del cuestionario de filtros a nivel global, específicamente para desconfianza, imperfección, fracaso e hipercrítica. El presente estudio piloto indica que el STEPPS y su aplicación online son bien aceptados por los participantes.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares sugieren mejoras significativas en todas las variables evaluadas. Estos prometedores resultados ponen de relieve la necesidad de abrir líneas de investigación enfocadas a la adaptación de tratamientos al formato *online*. Se requiere un tamaño muestral más grande, y mayor rigor metodológico, para seguir comprobando su eficacia y efectividad en relación coste-beneficio.

**Palabras clave:** trastorno límite de la personalidad, *STEPPS*, adaptación online, rasgos tlp, disregulación emocional, impulsividad.

## ABSTRACT

**Background:** Borderline personality disorder (BPD) is one of the most disabling disorders for individuals. There are several programs that have demonstrated efficacy in the treatment of this disorder, but further research is needed to improve its clinical utility in different contexts and formats. This pilot study aims to test the viability of a reduced version of STEPPS program in its online application format.

**Methods:** 9 people with BPD symptoms associated, participated and completed the program. Participants were assessed before and after their participation. Outcome measures included BPD symptomatology, emotional regulation and impulsivity.

**Results:** Significant changes are observed in BPD symptomatology. The scores in the variable emotional regulation indicate an improvement in overall functioning and in its subscales for attention, clarity and acceptance. We also observed significant improvement in impulsivity overall functioning, as well as in its subscales for planning and motor impulsivity. Cognitive filter questionnaire scores also indicate improvements in the intensity of early maladaptive schemas, specifically for distrust, imperfection, failure and hypercriticism. The present study indicates that STEPPS program as well as its online application are well accepted by the participants.

**Conclusions:** Preliminary results of this pilot study suggest statistically significant improvements in all the variables evaluated. Despite its promising results, this study needs further research focused on the adaptation of treatments to online format. To this end, a larger sample size and greater methodological rigor are required to continue verifying their efficacy and cost-effectiveness.

**Keywords:** borderline personality disorder, *STEPPS*, online application, bpd traits, emotional dysregulation, impulsivity.

## Índice

Introducción .....	6
Tratamiento Online Para El Trastorno Límite De La Personalidad.....	9
System Training for Emotional Predictability and Problem Solving .....	9
Justificación Elección Del Tema .....	10
Objetivo De La Investigación .....	11
Hipótesis De La Investigación .....	12
Metodología .....	13
Participantes.....	13
Medidas.....	16
Diseño .....	19
Procedimiento .....	22
Consideraciones Éticas .....	29
Resultados.....	29
Discusión .....	33
Conclusiones .....	38
Bibliografía.....	40
Anexos.....	47
Criterios Diagnósticos TLP Según DSM-5.....	47
Modelo De Consentimiento Informado.....	48
Resolución Favorable De La Comisión Deontológica .....	52

## Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) o trastorno de inestabilidad emocional (TIE) es una patología grave e incapacitante para las personas que lo sufren y produce un elevado malestar e interferencia tanto para ellos como para sus familiares y allegados. Por sus características definitorias y por el hecho de englobarse dentro de la categoría de trastornos de personalidad, su abordaje clínico presenta una elevada complejidad.

El manual diagnóstico y estadístico (DSM-5) describe un trastorno de personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aleja notablemente de las expectativas culturales del sujeto. Este patrón se observa en dos (o más) de las siguientes áreas: 1) Cognitiva (forma de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos); 2) Afectiva (rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional); 3) Funcionamiento interpersonal; y 4) Control de los impulsos. Así mismo, estas características deben ser persistentes e inflexibles, estables y de larga duración, cuyo inicio se remonte a la adolescencia o principios de la edad adulta, provocando malestar clínicamente significativo en diferentes áreas como pueden ser la actividad social y laboral, extendiéndose a una amplia gama de situaciones personales y sociales (APA, 2014).

El trastorno límite de la personalidad, a su vez, se caracteriza por cuatro *clústers* de síntomas: impulsividad extrema, inestabilidad del humor, problemas interpersonales y alteraciones de la identidad; siendo su principal característica un patrón general de inestabilidad que afecta en áreas como las relaciones interpersonales y la autoimagen o el sentido del yo. Así mismo presentan una elevada impulsividad comportamental que se ve reflejada en distintos contextos (APA, 2014). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) lo plantea como un trastorno dimensional, cuya gravedad se basa en el grado de sufrimiento e interferencia que le genera a la persona al relacionarse consigo misma y con el entorno.

El TLP tiene una alta prevalencia tanto a nivel general como en muestra clínica (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). Esta prevalencia se estima en torno a un 2% de la población general (Volkert et al, 2018) y podría llegar hasta el 5,9% según la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Kay, Poggenpoel, Myburgh y Downing, 2018). Esta amplia variabilidad puede deberse, en parte, a las dificultades en su diagnóstico desde los servicios de atención primaria (Aragónés, Salvador-Carulla y López-Muntaner, 2013), ya sea por inexperiencia del propio clínico como por falta de recursos disponibles. En cuanto a su prevalencia en muestra clínica, supone el 20% de ingresos hospitalarios psiquiátricos y consultas ambulatorias (American Psychological Association, 2014). Estas cifras no solo comportan una alta incidencia que repercute en el bienestar y calidad de vida de dichos pacientes, sino también en los altos costes indirectos (desempleo) y directos (gastos) que suponen tanto para la administración pública como para sus familiares y allegados (Wagner et al., 2014).

El modelo explicativo biosocial del TLP propone que el trastorno se origina por una vulnerabilidad biológica (disfunción emocional e impulsividad) y un ambiente familiar invalidante, lo que deriva en una desregulación emocional aumentada que puede producir interferencias en el área interpersonal, comportamental, emocional, cognitiva y de identidad, aumentando el riesgo de agravar su cuadro clínico (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). La vulnerabilidad emocional en el TLP se entiende como 1) una alta sensibilidad a estímulos, principalmente emocionales; 2) una respuesta intensa y desproporcionada a dichos estímulos; 3) y un retorno lento a su línea base (Linehan, 2015).

Este patrón de personalidad, unido a la heterogeneidad de sus características, produce que la persona con rasgos o trastorno límite de la personalidad, en sus intentos de autogestión emocional, acabe manifestando conductas de riesgo, especialmente autolíticas e intentos de suicidio, como estrategia desadaptativa de autorregulación. También podemos observar otros mecanismos disfuncionales como atracones y vómitos, abuso de sustancias

y otro tipo de conductas compulsivas, como conducción temeraria, que ponen en peligro su integridad física (APA, 2014).

Por todo esto, no es de extrañar que nos encontremos frente a un trastorno con una alta dificultad en su diagnóstico y tratamiento, ya que presenta aspectos comunes a otros cuadros psicopatológicos como trastorno bipolar (BP), trastorno de estrés post traumático (TEPT), trastornos de la conducta alimentaria (especialmente BN) o trastornos de la esfera psicótica (Bayes y Parker, 2019; Pagura et al., 2010; Gaudio y Di Cionmo, 2011) por mencionar algunos. Sin olvidarnos tampoco de la comorbilidad que presenta con una buena parte de todos ellos (Eaton et al., 2011; McDonald, 2019).

Además de las dificultades en el diagnóstico, por su heterogeneidad, debemos destacar también que existen muchas personas con rasgos o síntomas asociados al TLP que, sin cumplir con criterios diagnósticos, sufren interferencias derivadas de ellos, pudiendo requerir atención psicológica tanto en el ámbito privado como en el público. Existen pocos estudios que se centren en investigar sobre el impacto de los rasgos de personalidad límite en relación con la calidad de vida de las personas en población general, puesto que la mayor parte de investigación se limita a muestra psiquiátrica. No obstante, algunos estudios apuntan a que ese 2% de personas con trastorno límite de la personalidad en muestra normal, podría alcanzar un 5,9% para cinco rasgos o más (Kay, Poggenpoel, Myburgh y Downing, 2018;), llegando al 14,8% en personas que cumplan con 3-5 criterios (Oviedo et al., 2015) e incluso aumentar a alrededor de un 30-40% para uno o más rasgos o criterios asociados a dicho trastorno (Botter et al., 2021; Oviedo et al., 2015). Esta amplia oscilación estadística se debe a los pocos estudios realizados, pero es indicativa de la necesidad de implementar programas de este tipo también en población subclínica, especialmente dado que se observa relación entre la presencia de estos rasgos con medidas como depresión, ansiedad, estrés, ideación paranoide y tendencia alucinatoria (Fonseca et al., 2011) lo que pone de relieve la necesidad de centrar investigaciones futuras en esta área para desarrollar programas de detección temprana y prevenir el desarrollo de dicho trastorno.



## **Tratamiento Online Para El Trastorno Límite De La Personalidad**

Hasta el momento, no hemos podido localizar ninguna investigación que se centre en la aplicación y viabilidad de programas de tratamientos tradicionales adaptados al formato *online* para el trastorno límite de la personalidad. Las pocas investigaciones existentes al respecto, pese a arrojar resultados prometedores, están más dirigidas al desarrollo de aplicaciones móviles y realidad virtual (Frías et al., 2020; Köne et al., 2020; Kelders et al., 2012; Gleeson et al., 2020) cuyo componente principal es el uso de la inteligencia artificial para monitorizar los avances del usuario, servirle de apoyo en condiciones concretas, por ejemplo en intervenciones en crisis, o funcionar como complemento psicoeducativo a las terapias convencionales.

Una de las razones por las que hay tan pocos estudios sobre tratamientos en formato online para este perfil de paciente, se debe a que el contacto interpersonal y la alianza terapéutica se consideran un potente predictor de los resultados psicoterapéuticos (Flückiger et al., 2012). Otra de las posibles razones es que, durante las intervenciones, el riesgo de descompensación en estos perfiles puede ser alto, derivando en estrategias de regulación emocional como lo son los intentos autolíticos. Se estima que el 75% de personas con este trastorno realizan intentos de suicidio, siendo la tasa de suicidio consumado alrededor del 10% de dichos intentos (Flynn et al., 2017), lo que, en un ambiente virtual, supone un reto añadido para el profesional encargado de guiar la psicoterapia.

## **System Training for Emotional Predictability and Problem Solving**

El tratamiento en formato grupal reporta múltiples beneficios para el abordaje de distintos trastornos. En el caso del TLP, la evidencia científica ha puesto de manifiesto la eficacia del programa STEPPS (System Training for Emotional Predictability and Problem Solving) desarrollado por Nancee Blum y validado en distintos estudios con buenos resultados de eficacia para la reducción de la sintomatología asociada al TLP (Blum et al,

2002; Black DW, Blum N, St John D, 2009; Harvey, Black, y Blum, 2010; Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., y Verbraak, M. J. 2011). Ha sido incluido en la guía NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia) como terapia de eficacia demostrada para la reducción de la sintomatología asociada a dicho trastorno (Blum et al., 2008; Hill et al., 2016).

El programa STEPPS es un tratamiento de corte cognitivo-conductual, aunque integra componentes sistémicos y de terapias de tercera generación. Se desarrolla en formato grupal y no precisa de psicoterapia individual en paralelo -aunque se anime a los participantes a recibirla- como en el caso de otras terapias con componente grupal y validadas para el tratamiento del TLP (Yust y Pérez-Díaz, 2012) como pueden ser la terapia de esquemas o la terapia dialéctico conductual (DBT).

El principal objetivo de este tratamiento es el de proporcionar habilidades específicas para el manejo de la inestabilidad emocional y las dificultades comportamentales, a la vez que integra a allegados y personas de referencia en el desarrollo del taller, de modo que les proporciona un lenguaje común para crear puentes de diálogo con la persona con TLP al mismo tiempo que les permite reforzar y apoyar al paciente durante la adquisición y desarrollo de dichas habilidades.

### **Justificación Elección Del Tema**

Como se ha comentado en líneas previas, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental que se asocia a una elevada demanda de recursos de salud mental (Hörz et al., 2010), lo que a su vez comporta una gran dificultad a la hora de acceder a recursos especializados, así como un elevado coste para la sociedad (Hastrup et al., 2019). Pese a que existe una amplia evidencia de tratamientos eficaces para el TLP y sus síntomas asociados, lo cierto es que son pocas las personas que, pudiendo beneficiarse de ellos, llegan a recibir estos tratamientos (Iliakis et al., 2019).

En este contexto, para facilitar el acceso a tratamientos coste-eficaces y cerrar la brecha entre demanda y oferta, cada vez hay más profesionales que dirigen su mirada

hacia internet poniendo el foco en intervenciones que se apoyen en las llamadas nuevas tecnologías (TICs). Este tipo de tratamientos pueden realizarse a través de aplicaciones móviles o mediante plataformas de Internet, ya sea tanto en formato autoaplicado como por videoconferencia, en formato individual o grupal, en directo o diferido, y presentan muchas ventajas, entre ellas una mayor accesibilidad y una reducción de costes y esfuerzo (Kazdin y Blase, 2011).

En los últimos años ha habido un auge de numerosas intervenciones de salud mental adaptadas con éxito a plataformas de internet para el tratamiento de trastornos emocionales como depresión, estrés post traumático, ansiedad, y otros trastornos de salud mental como pueden ser adicciones químicas o juego patológico (Adelman et al., 2014; Andersson et al., 2014; Andrews, Newby y Williams, 2015).

En el caso del abordaje del TLP, la investigación, aunque escasa, reporta resultados prometedores en cuanto a la eficacia y eficiencia de su aplicación en la mejora de las variables de estudio analizadas (Frías et al., 2020; Gleeson et al., 2020; Kelders et al., 2012; Köne et al., 2020).

Por todo ello, considero pertinente la elección de este tema, para aportar algo más de evidencia a los estudios sobre las intervenciones grupales en la mejora de los síntomas asociados al TLP, tanto en población clínica como en población subclínica, así como en su aplicación *online* como alternativa para abaratar costes y dar mayor accesibilidad a estos tratamientos.

### **Objetivo De La Investigación**

El presente estudio piloto busca someter a prueba de forma preliminar la eficiencia y eficacia -grado de satisfacción y aceptación del tratamiento- de una adaptación del programa STEPPS para el manejo de la sintomatología TLP al formato *online*, y observar si se obtienen cambios significativos para las variables evaluadas.

La finalidad de la aplicación de la intervención en este estudio piloto es: 1) incrementar la conciencia emocional; 2) aumentar la capacidad para identificar y modificar esquemas desadaptativos tempranos; 3) aprender a identificar y etiquetar emociones, así como mejorar la tolerancia a las emociones negativas; 4) promover la aceptación de la experiencia interna; 5) aprender a identificar y retar los pensamientos desadaptativos; 6) reducir conductas desadaptativas y; 7) promover el aumento en la frecuencia de conductas y creencias adaptativas frente a la aparición de problemas o conflictos.

Mediante el presente estudio pretendemos obtener información en cuanto a si la aplicación de este programa piloto tiende a ofrecer resultados favorables en población subclínica para el trastorno de inestabilidad emocional/trastorno límite de la personalidad (TLP).

Para ello se desarrolló e implementó dicho programa en formato *online*. Se llevó a cabo la adaptación de los distintos recursos y herramientas para adecuarlo a la propuesta de intervención.

Durante el procedimiento se evaluaron los diferentes componentes del programa para comprobar si se producía mejoría de los síntomas de los participantes y se habilitó un método eficaz para adquirir adecuadamente la recopilación de datos de la investigación.

Asimismo, se comprobó la viabilidad de llevar a cabo un programa de estas características en formato *online*, la satisfacción de los usuarios con dicho formato, así como la recogida de propuestas y sugerencias de mejora para el futuro.

### **Hipótesis De La Investigación**

Se pretende comprobar la viabilidad de una parte del programa STEPPS (*System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) en su aplicación al formato *online* a una muestra comunitaria.

La hipótesis principal de la investigación es que el programa impartido de manera *online* tendrá efectos positivos en el manejo de la sintomatología asociada al trastorno de intensidad emocional (TLP) para población subclínica o de problemática leve-moderada, que se reflejará en una mejoría significativa en las medidas relacionadas con la inestabilidad emocional y comportamental, impulsividad, así como en la intensidad de creencia en los esquemas desadaptativos tempranos: BSL-23, DERS, BIS-11 y Cuestionario de Filtros. Además, se espera que el programa de tratamiento sea bien aceptado por los participantes, que manifestarán un grado de satisfacción moderado-alto. Y por último se pretende demostrar que el formato *online* mostrará una tasa baja de ausencias o abandonos.

## **Metodología**

### **Participantes**

#### ***Selección de Participantes***

Se ofertó el taller *online* desde distintas plataformas de internet (principalmente Instagram) y se solicitó su difusión.

Para participar en el estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### ***Criterios de Inclusión.***

- a. Tener entre 18 y 30 años.
- b. Entender español hablado y escrito.
- c. Tener rasgos asociados al trastorno por inestabilidad emocional: Problemática leve o moderada. Puntuación de hasta 48 en el cuestionario BSL-23 siguiendo la recomendación del servicio andaluz de salud (2012) sobre niveles de gravedad basados en la tabla de equivalencia con el BSL-95, como puntos de corte orientativos (Central Institute of Mental Health, 2007): Hasta 48 puntos, estado leve; Entre 49 y 62, estado grave; Más de 63, estado muy grave.
- d. Disponer de acceso a Internet y cuenta de correo electrónico.

***Criterios de Exclusión.***

- a. Padecer esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno antisocial.
- b. Discapacidad intelectual.
- c. Daño cerebral orgánico.
- d. Presentar dependencia de sustancias y/o alcohol.
- e. Presentar alto riesgo para sí mismo (autolesiones, riesgo de suicidio).
- f. Presentar alto riesgo para otros (heteroagresiones).
- g. Incapacidad para manejarse de manera eficaz dentro del contexto del programa.

Completaron el cuestionario inicial (BSL-23, BIS-11, DERS y SCID-II) 136 personas, de las cuales 50 quedaron fuera del estudio por obtener una puntuación superior a 48 en el cuestionario BSL-23.

A continuación, se procedió a llevar a cabo el segundo cribado con los 86 solicitantes restantes, atendiendo a factores relacionados con los criterios de exclusión: Conductas de riesgo en la escala adicional del BSL, grado de interferencia observado en el DERS, rasgos de personalidad observables en SCID, y otros factores como conexión, uso de tecnologías, lugar privado para poder realizar el taller, disponibilidad horaria, etc.

Finalmente fueron preseleccionados 17 candidatos para la segunda fase de selección, que se llevó a cabo mediante entrevista personal. A todos ellos se les envió un e-mail de contacto para agendar entrevista. Respondieron a dicho e-mail 13 candidatos.

De las 13 entrevistas personales llevadas a cabo por las coterapeutas del taller a través de la plataforma Webex, finalmente se descartaron 4 por no enmarcarse, en una exploración más exhaustiva, con el perfil al que iba dirigido el programa (síntomatología asociada al TLP).

Se envió e-mail de bienvenida a los 9 candidatos definitivos, con los pasos a seguir a continuación: Rellenar el cuestionario de expectativas con el tratamiento y su aplicación online basado en los cuestionarios que crearon Borkovec y Nau en 1972 para su estudio *Credibility of analogue therapy rationales* así como el consentimiento informado para su firma y devolución. Una vez completados estos pasos, fueron dados de alta como integrantes del estudio, recibiendo un PDF con las instrucciones, normas de funcionamiento y otros datos de interés.

Los 127 solicitantes descartados recibieron un e-mail informándoles de su no participación al tiempo que se les ofrecía opciones sobre otros dispositivos y recursos de salud mental alternativos.

### ***Participantes Finales***

En la siguiente tabla se presentan los datos sociodemográficos de los participantes.

**Tabla 1**

*Variables sociodemográficas*

		<i>N</i>	%
<b>Sexo</b>	Mujer	9	100,0
	Hombre	0	
<b>Edad</b>	20	4	44,4
	21	3	33,3
	22	1	11,1
	28	1	11,1
<b>Nivel de estudios</b>	Bachillerato, Ciclo Formativo Medio o Ciclo Formativo Superior	5	55,6
	Universitario: Grado, Licenciatura o Diplomatura	4	44,4
<b>País</b>	España	7	77,78
	Uruguay	2	22,22

A continuación, en la Tabla 2, presentamos aspectos clínicos de los participantes.

**Tabla 2**

*Aspectos clínicos*

		<i>N</i>	%
<b>Diagnóstico TLP</b>	Sí	5	55,6
	No	4	44,4
<b>¿Acudes actualmente a terapia?</b>	Sí	6	66,7
	No	3	33,3

Se seleccionaron 9 participantes para realizar el programa piloto. Todos ellos respondieron a la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento.

La muestra final es de 9 mujeres (edad media de  $21.44 \pm 2.55$ ). Cinco de las participantes de la muestra poseen estudios secundarios, y cuatro de ellas poseen estudios superiores. En cuanto al país desde el que recibieron el taller, 7 lo hicieron desde distintas partes de España (Madrid, Almería, Novelda, Barcelona, Guadalajara y Bilbao), mientras que 2 de ellas accedieron desde Uruguay (Montevideo).

En cuanto a los aspectos clínicos de la muestra, observamos que 5 de las participantes poseían un diagnóstico clínico previo de trastorno límite de la personalidad (55.6%) y 6 de ellas recibían tratamiento psicológico o psiquiátrico (66.7%) en el momento de su selección.

## **Medidas**

En este apartado presentamos los instrumentos de evaluación empleados para medir la eficacia del programa STEPPS en las variables sometidas a estudio.

Inicialmente se creó un cuestionario que medía datos sociodemográficos: sexo, edad, nivel de estudios, país de origen. También se recogió información de relevancia clínica como diagnóstico TLP o si la persona estaba en seguimiento psicológico/psiquiátrico.



Se utilizaron 5 medidas distintas para evaluar las variables sometidas a estudio: Borderline Symptoms List (BSL23 + Escala adicional), la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), el Cuestionario de Filtros del programa STEPPS; así como una encuesta de expectativas-satisfacción con el tratamiento y su aplicación al formato online.

A continuación, se describen dichos instrumentos de evaluación:

**Borderline Symptoms List (BSL-23; Bohus et. al, 2009; Soler et al., 2013).** Esta escala consta de 35 ítems que hacen referencia a la última semana (23 principales, 1 sobre estado general y 11 correspondientes a conductas adicionales), todos ellos de tipo liker. Los ítems de respuesta de la escala principal son de 5 puntos, donde el 0 indica “Nunca” y 4 “Muchísimo”. La pregunta sobre estado general es de 10 puntos, donde 0% indica “Absolutamente hundido” y 100% indica “Excelente”. Por último, la escala adicional de conductas presenta respuestas de 5 puntos donde 0 corresponde a “Nada” y 4 corresponde a “Diariamente o más a menudo”. Los ítems se refieren a sintomatología TLP tanto para síntomas cognitivos como para síntomas conductuales. La versión española del BSL-23 replicó la estructura unifactorial de la versión original explicando el 48.11% de la varianza, y mostró una eleva consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .95.

**Escala de Dificultades de la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008).** Esta escala consta de 28 ítems de valoración global, divididos a su vez en 5 dimensiones o subescalas: Desatención -ausencia de conciencia emocional-; Confusión -Falta de claridad emocional-; Rechazo -como tendencia a experimentar emociones negativas secundarias en respuesta a una emoción negativa primaria-; Interferencia -en forma de dificultades para concentrarse o realizar tareas cuando se experimenta una emoción negativa. Esta interferencia se observa especialmente en conductas dirigidas a metas-; Descontrol -como dificultad en el control de impulsos- (Gratz y

Roemer, 2004; Medrano y Trógolo, 2014). Esta escala correlaciona con variables de interés clínico para el manejo de la sintomatología asociada al TLP, como pueden ser la evitación experiencial y la autolesión, así como en las dificultades a la hora de expresar emociones externamente. La consistencia interna de la prueba es elevada, con un Alpha de Cronbach de .93 tanto para su versión original como para su adaptación española.

**Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11; Barrat, 1994; Oquendo et al., 2001).** Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la impulsividad. Consta de 30 ítems de valoración global, agrupados a su vez en tres subescalas: Falta de Planificación (Impulsividad no planeada), Impulsividad Motora e Impulsividad Cognitiva. La escala es de tipo Likert con 4 opciones de respuesta donde 0 corresponde a “Raramente o nunca” y 4 a “Siempre o casi siempre”, excepto en los ítems inversos (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) que puntúan al revés. La consistencia interna es elevada, con un Alpha de Cronbach de alrededor de .80. En su validación española, la proporción de concordancia es adecuada, oscilando entre .67 y .80.

**Cuestionario de Filtros. Programa STEPPS (Adaptado de Young, 1999).** Consta de 60 ítems de valoración global, agrupados en diez subescalas correspondientes a los filtros: Privación emocional *“Nunca conseguiré el amor que necesito”*, Abandono *“Por favor, no me dejes”*, Desconfianza *“No puedo confiar en ti”*, Imperfección/No deseable socialmente *“No sirvo para nada, no encajo”*, Fracaso *“Me siento un fracasado”*, Vulnerabilidad al daño y la enfermedad *“Va a ocurrir una catástrofe en cualquier momento”*, Auto Sacrificio *“Los demás son más importantes que yo y deben estar primero”*, Sumisión/dependencia *“Haré siempre lo que tú quieras”*, Normas inflexibles/hipercrítica *“Nada de lo que hago es lo suficientemente bueno”*, Derecho *“Tengo derecho a tener lo que quiera”*. La escala es de tipo Likert con 5 opciones de respuesta donde 0 corresponde a “No es verdad” y 4 a “Definitivamente verdad”. Estos filtros están basados en el concepto de esquemas descrito por Jeffrey Young (1999) en *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*.

**Evaluación expectativas-satisfacción con el tratamiento y con su aplicación online (Adaptado de Borkovec y Nau, 1972).** Este cuestionario consta de 9 ítems, 5 correspondientes a la evaluación del tratamiento y 4 correspondientes a la evaluación de su aplicación *online*. La escala es de tipo liker de 10 puntos, donde 0 corresponde a “Nada” y 10 corresponde a “muchísimo”.

**Evaluación cualitativa (Adaptado del programa STEPPS).** Por último, una vez finalizado el taller, se solicitó a las participantes que respondieran una serie de preguntas abiertas referidas a la evaluación del programa. Las preguntas fueron extraídas del material del programa STEPPS puesto que recoge esta opción en su última sesión. Adicionalmente, se introdujeron preguntas correspondientes a la utilidad y la practicidad de las plataformas online empleadas, así como propuestas y sugerencias para futuras ediciones.

Estas preguntas fueron:

#### *Programa*

- En general, ¿Qué fue beneficioso para ti del STEPPS?
- En general, ¿Qué no fue beneficioso para ti del STEPPS?
- ¿Qué te gustaría añadir, cambiar o eliminar de este programa?
- ¿Hay algo que creas que podríamos hacer para mejorar este programa?

#### *Adaptación online*

- ¿Crees que ha habido ventajas a la hora de recibir este taller de manera online? Si es así, ¿cuáles?
- ¿Crees que ha habido desventajas a la hora de recibir este taller de manera online? Si es así, ¿cuáles?
- ¿Cómo podríamos mejorar, en tu opinión, la experiencia online?

### **Diseño**

Se procedió a hacer la adaptación en formato *online* del programa STEPPS (*System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) para el manejo de los síntomas

asociados al trastorno límite de la personalidad (TLP) desarrollado por Nancee Blum. Este programa se compone de tres módulos:

- **Módulo 1: Conciencia de enfermedad (sesiones 1-2)**
- **Módulo 2: Entrenamiento en habilidades para la regulación de las emociones (3-12)**
- **Módulo 3: Entrenamiento en habilidades para la regulación de la conducta (13-20)**

Para el estudio piloto actual, se optó por llevar a cabo la intervención mediante la aplicación de los módulos 1 y 2 del programa original, ya que por un lado 1) se ajustaba al tipo de población a la que se dirigía el estudio, es decir subclínica o con una problemática leve/moderada, y por el otro lado 2) aportaba los componentes más novedosos del programa (conciencia de enfermedad y regulación emocional), pudiendo 3) reducir el tiempo invertido, disminuyendo la probabilidad de mortandad de la muestra.

El tratamiento aplicado en formato *online* consistió en un taller impartido vía Internet e interactivo, compuesto por estos dos módulos y que el usuario pudo realizar desde casa.

En cuanto a la distribución por sesiones, el programa piloto constó de 14 sesiones: Una primera entrevista de toma de contacto y 13 sesiones grupales de dos horas de duración, impartidas de manera semanal por dos terapeutas, a una muestra de entre 6-10 personas. Dichas sesiones fueron repartidas de la siguiente manera:

- Sesión 1 – Individual. Evaluación Inicial. Explicación de las normas de funcionamiento, entrega del consentimiento informado, establecimiento del vínculo, etc..
- Sesión 2 – Conciencia de Enfermedad
- Sesión 3 – Filtros
- Sesión 4 – Distanciamiento
- Sesión 5 – Comunicación, Parte 1

- Sesión 6 – Comunicación, Parte 2
- Sesión 7 – Reto, Parte 1
- Sesión 8 – Reto, Parte 2
- Sesión 9 – Reto, Parte 3
- Sesión 10 – Distracción, Parte 1
- Sesión 11 – Distracción, Parte 2
- Sesión 12 – Afrontamiento de Problemas, Parte 1
- Sesión 13 – Afrontamiento de Problemas, Parte 2
- Sesión 14 – Resumen y cierre del taller

Para llevar a cabo la adaptación online de los diferentes recursos se utilizaron varias plataformas:

- **Qualtrics:** Programa para la recopilación de datos de la investigación.
- **Webex:** Plataforma virtual en la que se llevó a cabo el taller y que cumple con la normativa de protección de datos.
- **Google Drive:**
  - *Carpeta compartida*, mediante la cual se hacía llegar a las participantes el material para las distintas sesiones.
  - *Carpetas individuales*, en las que las participantes podían hacernos llegar distintas actividades relacionadas con las habilidades aprendidas durante el taller para su revisión.
- **Gmail:** Desde el que se comunicaba información de interés.

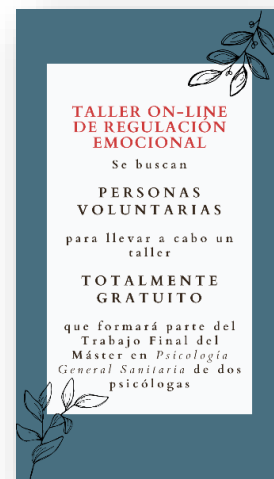
En cuanto al material del programa STEPPS, fue adaptado y actualizado para resultar visualmente atractivo y práctico. Se crearon presentaciones en *power point* (ppt.) como hilo conductor de las sesiones. Así mismo, las diferentes técnicas de



relajación guiada se llevaron a cabo en directo, pero fueron grabadas en audio y compartidas con las participantes para que pudieran disponer de ellas a voluntad. Finalmente se proporcionó a las participantes el material original del programa, así como las tarjetas adaptadas, para que pudieran trabajar en el formato que les resultase más cómodo.

## Procedimiento

La búsqueda y reclutamiento de los sujetos para la muestra se llevó a cabo a través de redes sociales, específicamente mediante la publicación de la oferta en la plataforma Instagram (IG) y su difusión. Esta publicación contenía información básica sobre el taller y el acceso a la encuesta de evaluación pre-tratamiento (cribado inicial) mediante la herramienta Qualtrics.



Una vez obtenidos los participantes se procedió a llevar a cabo nuestra adaptación online. Como ya mencionamos anteriormente, el programa STEPPS consta de 3 módulos, de los cuales los 2 primeros fueron seleccionados para su aplicación en el estudio piloto. A continuación, se describen los contenidos de dichos módulos:

### ***Módulo 1: Conciencia De Enfermedad. Sesión 2 y 3***

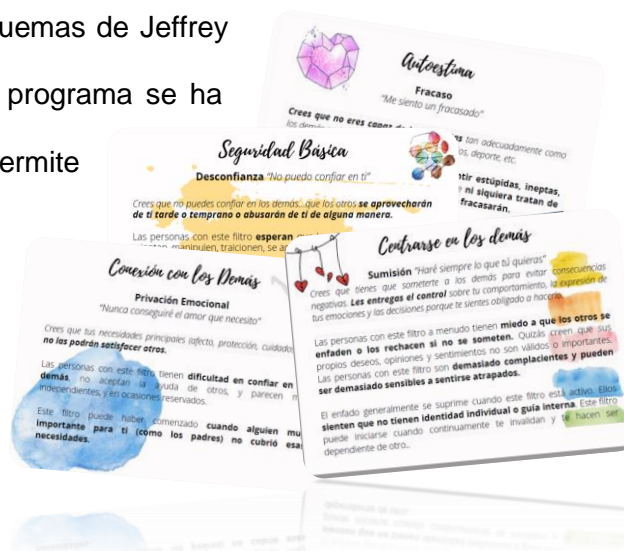
Este módulo introduce a los participantes en el taller, familiarizándoles con los recursos y componentes del programa. Para empezar, se les entrega el cuestionario BEST (Evaluación de la gravedad del TLP a lo largo del tiempo) que deberán completar cada semana al inicio de sesión. Así mismo, se explica la guía general del grupo, las distintas habilidades que se irán aprendiendo, y se habla de la importancia del equipo de refuerzo (familiares y/o allegados de confianza que puedan formar parte de su aprendizaje y a los que integrar en este proceso).

Este primer módulo tiene un componente psicoeducativo que busca sustituir las creencias e ideas equivocadas que existen sobre el TLP tomando consciencia del patrón

de pensamiento, los comportamientos y los sentimientos que definen el trastorno. En nuestra adaptación, además, se expone la definición del TLP según criterios diagnósticos DSM-V al tiempo que se explica la diferencia entre rasgos de personalidad y trastorno, entendido como un continuo entre lo normal y lo patológico. Este enfoque añadido fue debido a que para el presente estudio estar diagnosticado de TLP no era un criterio de inclusión, aunque sí cumplir con los síntomas característicos asociados a dicho trastorno.

El enfoque general del programa piloto sobre el trastorno trata de alejarse del concepto diagnóstico y poner el foco en los problemas de manejo de intensidad emocional. Para ellos, se utiliza la nomenclatura trastorno límite de la personalidad (TLP) según el DSM-5, y trastorno de intensidad emocional (TIE) según CIE-11, así como “disregulación emocional” o “problemas de intensidad emocional”, indistintamente. Se pretende alejar a la persona del estigma y la creencia de tener un gran defecto y por lo tanto merecer sufrir (lo que propicia la alternancia entre sentirse culpables y culpar a otros), y acercarla a la habilidad de contemplar la idea de que éste es un trastorno legítimo, pudiendo ser parte activa de la forma en que se experimenta la propia vida e incentivando la certeza de que se pueden adquirir habilidades específicas para manejarse en ella de forma adaptativa. Mediante el listado de los criterios diagnósticos del TLP según DSM-5 (anexo I) los participantes se “hacen conscientes” de su problemática aprendiendo a identificarse en ejemplos de su propio comportamiento.

El segundo componente principal de este bloque es el aprendizaje de esquemas cognitivos adaptados de la terapia de esquemas de Jeffrey Young (1999). Para ello, desde el propio programa se ha desarrollado un cuestionario que les permite identificar sus esquemas o filtros desadaptativos tempranos y ayuda a que se den cuenta de la forma en la que se



relacionan con ellos. Ser capaces de identificar dichos esquemas o filtros, resulta de gran ayuda a la hora de empezar a ponerle nombre a su vivencia, aprendiendo a relacionar los distintos patrones de sentimientos, pensamientos y comportamientos que se desencadenan al activarse. Para compensar, también se les proporciona un listado de filtros adaptativos y se les anima a tratar de identificarlos de igual modo en su forma de manejarse en el día a día.

Por último, se introduce un autoregistro (Continuo de intensidad emocional) y se explica la adecuada forma de rellenarlo, para que puedan anotar al menos un episodio emocional entre sesiones, y empezar a tomar consciencia de sus patrones de comportamiento (Situación, emociones *¿que siento?*, sensaciones físicas, pensamientos *¿qué pienso?*, filtros *¿qué filtros se me han activado?*, conductas *¿qué hago?*).

## ***Módulo 2: Entrenamiento en Habilidades para la Regulación de las Emociones.***

### ***Sesiones 4-13***

En esta fase se introduce la práctica guiada en relajación o meditación, que será un componente transversal implementado a lo largo de las distintas sesiones del taller.

Además, el foco central de este módulo es la descripción y entrenamiento de las cinco habilidades básicas que ayudan a la persona con sintomatología TLP a regular las consecuencias cognitivas y emocionales derivadas del manejo inadecuado de su intensidad emocional. Estas habilidades combinadas con los conocimientos adquiridos en el módulo 1, ayudan a la persona con rasgos de intensidad emocional a predecir el curso de un episodio emocional, y a poder así anticiparse a situaciones estresantes y potencialmente propensas a empeorar su trastorno, al tiempo que se desarrolla confianza en las habilidades de manejo emocional.

Estas cinco habilidades básicas son: Distanciamiento, comunicación, reto, distracción y resolución de problemas. Se exponen más en profundidad a continuación.



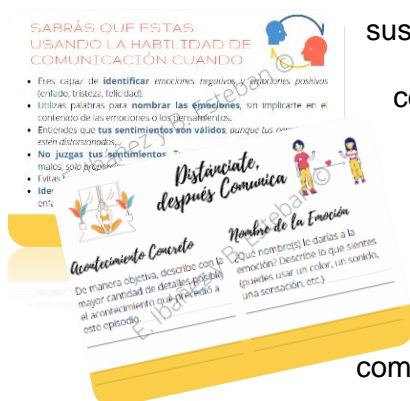
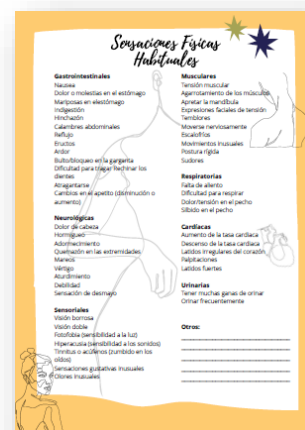
### • Distanciamiento. Sesión 4

En esta sesión se entrena a las participantes en aprender a distanciarse de las emociones negativas cuando las sienten intensas y desbordantes, a saber que es posible vivir con ellas sin necesidad de suprimirlas o evitarlas. Para ello, se introduce una metáfora que compara los episodios emocionales con una tormenta para ayudar a entender e identificar los diferentes mecanismos que se activan durante la misma. En este contexto, se les entrena en la práctica en respiración profunda



### • Comunicación. Sesión 5 y 6

La habilidad de comunicación consiste en que la persona aprenda a identificar emociones negativas y emociones positivas (enfado, tristeza, felicidad), que aprenda a utilizar palabras para nombrar dichas emociones, sin implicarse en su contenido o pensamientos distorsionados (sin juzgar), y aprendiendo a interpretar la información que sus emociones les proporcionan como puede ser la identificación de cierto “temas” habituales en



sus pensamientos. La habilidad de comunicación supone aprender a diferenciar sensaciones físicas habituales, así como diferenciar entre emociones/sentimientos y pensamientos. En este sentido, se ofrecen listados de sensaciones y emociones comunes, así como una actividad para aprender a comunicar estados de ánimo.

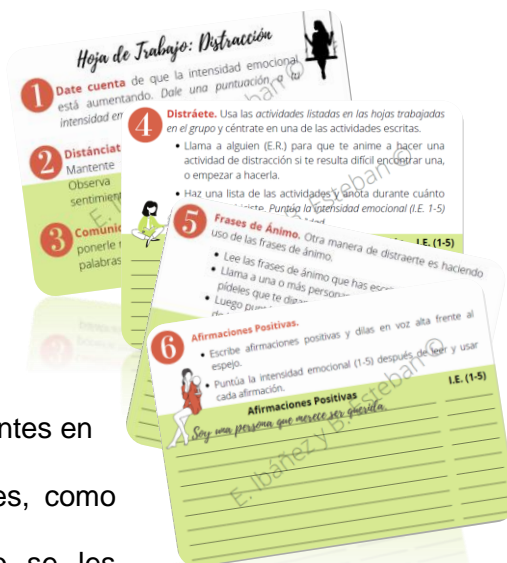
### • **Reto. Sesión 7, 8 y 9**

Para entrenar la habilidad del reto se incide en la relación directa entre emociones-pensamientos-acción, y en cómo la intensidad del trastorno genera emociones potentes que producen pensamientos tan intensos que parecen convertirse en realidad. Se explica que, durante una crisis, la intensidad de las emociones influye en cómo se piensa y en qué se piensa, enfatizando mucho este concepto. Así se introduce la consciencia de los llamados pensamientos distorsionados o pensamientos automáticos negativos (PANS) y de cómo podemos aprender a identificarlos. Para ayudar a su identificación, se da a los participantes un listado de preguntas para cuestionar sus pensamientos cuando sospechen que pueden estar distorsionados, así como una guía para comunicarlos a su red de apoyos y permitirse ponerlos en cuarentena. También se les da un listado de distorsiones de pensamientos comunes y otra de mitos acerca de las emociones, para facilitarles la tarea.



### • **Distracción. Sesión 10 y 11**

La habilidad de distracción se entrena para aquellas situaciones en que las crisis emocionales pueden ser extremadamente difíciles de sobrellevar. En esos momentos es necesario rebajar la intensidad emocional antes de reaccionar (que no responder) al estímulo estresante. Para ello, se entrena a los participantes en la realización de actividades constructivas y agradables, como forma de rebajar la intensidad emocional. Para ello se les proporciona un listado de “actividades que confortan” a modo de ejemplo, y se les enseña a tener un plan de acción al que recurrir en estas situaciones (planear con antelación, bajo coste cognitivo, etc.). Así los participantes aprenden que la



habilidad de distracción envía a su TIE el mensaje de que ellos son quienes toman las decisiones, no el trastorno, y por ello no tienen por qué verse abocados a actuar en cortocircuito, y centrarse en otra cosa hasta que la intensidad emocional disminuya.

- **Afrontamiento de problemas. Sesión 12 y 13**

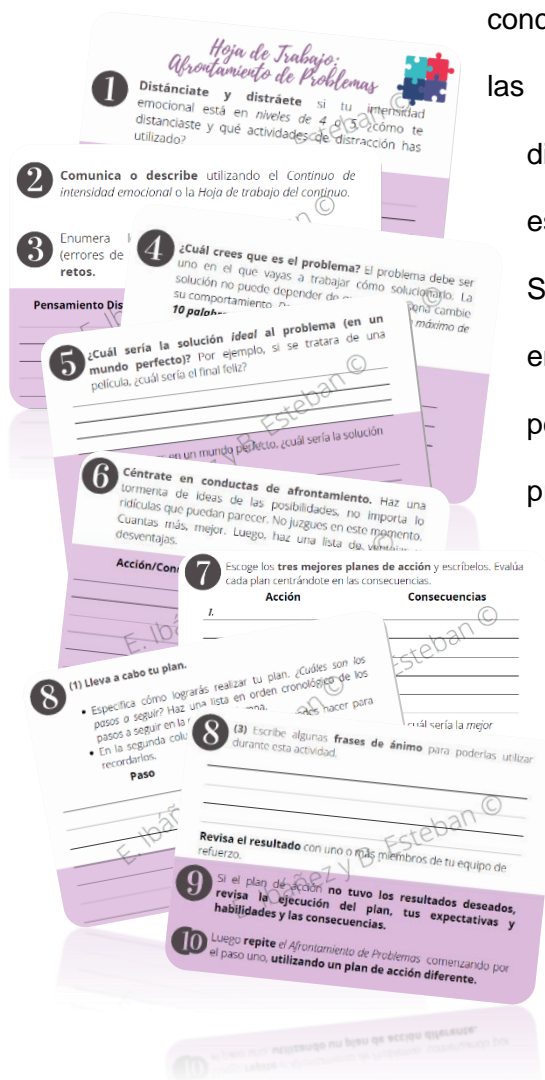
El aprendizaje de la habilidad de afrontamiento de problemas requiere la puesta en marcha de las otras habilidades aprendidas a lo largo del taller. Para ello, se da pautas muy

concretas sobre cómo proceder. El primer paso es utilizar las habilidades de distanciamiento y distracción para

disminuir la intensidad emocional. Una vez alcanzado ese objetivo, pueden describir y comunicar la situación.

Si el problema persiste, y no es debido a su intensidad emocional o a pensamientos distorsionados, entonces podrán recurrir a la habilidad de afrontamiento de problemas. Se les pide que trabajen con un problema

a la vez y que sigan los pasos aprendidos en el taller, dando espacio a diferentes alternativas de afrontamiento para después seleccionar una y ponerla en práctica. Una vez iniciada la puesta en marcha de dicha opción, se observan los resultados y, en el caso de no resultar beneficioso, se inicia nuevamente todo el proceso para seleccionar otra alternativa o plan de acción.



El aprendizaje de esta habilidad busca que se abandonen los hábitos autodestructivos y se escoja en su lugar otros más saludables. Así mismo, se fomenta la responsabilidad en toma de decisiones y la aceptación de los propios errores como parte del proceso de mejora.

## Sesión de cierre. Sesión 14

Esta última sesión sirve de repaso de todo lo aprendido, así como para crear un marco de reflexión en el que las participantes pueden tomar consciencia de su evolución a lo largo de las semanas y en su forma de manejarse en la vida

gracias a las habilidades y recursos adquiridos durante el programa. Para ello, se vuelve a pasar el cuestionario de filtros entregado en la primera sesión, para que puedan hacer una comparativa entre los resultados obtenidos entonces y los resultados en la actualidad *¿Qué diferencias observan?*

Así mismo, rellenan el cuestionario de satisfacción que proporciona el propio programa STEPPS en el que, mediante preguntas abiertas, se pide que redefinan su interpretación del



TLP o TIE, así como las mejoras que han observado en su día a día, tanto ellos como sus allegados o personas de referencia. También se repasa con ellos las diferentes partes del taller que les ayudaron más, enfatizando la empatía que

produce el componente grupal al hacerles sentir que su forma de ser en el mundo no es tan extraña como pensaban. Esta puesta en común crea un marco de compañerismo que potencia la cercanía emocional generada entre los propios integrantes, al ser partícipes de los avances de cada uno.



## **Consideraciones Éticas**

Todas las personas que integraron el taller fueron informadas del objetivo del estudio y aceptaron su participación y colaboración voluntaria en el mismo. Los participantes recibieron el consentimiento informado vía *e-mail* y todos ellos lo firmaron antes del inicio del programa. En el apartado anexos se encontrará el documento tipo de dicho consentimiento informado.

Así mismo, el presente estudio piloto fue sometido a la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castellón que obtuvo su resolución favorable al considerar que cumplía con las normas deontológicas exigidas (anexo 3).

## **Resultados**

El análisis de los resultados obtenidos en las distintas mediciones a lo largo del estudio se realizó mediante el paquete estadístico SPSS Statistics.

Para obtener las diferencias en las medidas antes y después de la intervención, se extrajo la media, la desviación típica, el tamaño del efecto (*d* de Cohen) y pruebas no paramétricas para muestras relacionadas (por el tamaño muestral  $<30$  y la dificultad a la hora de asegurar una distribución normal de los datos).

Los resultados obtenidos en los cuestionarios BSL-23, DERS, BIS-11 y FILTROS, así como en el cuestionario sobre expectativas-satisfacción del tratamiento, se analizaron mediante la prueba de los rangos con signo Wilcoxon para muestras relacionadas, equivalente no paramétrico de la prueba *T* de Student, y que compara las medianas de dos distribuciones, en este caso las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y post-tratamiento.

En las tablas expuestas a continuación se pueden observar los resultados del presente estudio correspondientes a las diferencias en las medidas de autoinforme antes y después de la intervención.

**Tabla 3***Diferencias de medidas antes y después de la intervención*

Variables	Pre		Post		Pre-Post	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Z(p)</i>	<i>d</i>
<b>BSL23 (síntomas TLP)</b>						
Total	37.33	6.56	22.67	11.09	-2.66(0.008)*	1,60
<b>BSL23 (calidad)</b>						
Total	50.56	16.71	66.56	5.34	-2.19(0.028)*	-1.29
<b>BSL23 (escala adicional)</b>						
Total	5.56	2.60	3.33	3.24	-1.57(0.116)	0.76
<b>DEERS (regulación emocional)</b>						
Atención-Desatención	13.11	2.76	9.89	3.29	-2.50(0.012)*	1.06
Claridad-Confusión	12.56	3.046	8.78	1.98	-2.53(0.011)*	1.47
Aceptación-Rechazo	23.67	6.36	18.44	5.03	-2.19(0.028)*	0.91
Funcionamiento-Interferencia	15.56	3.05	13.67	2.87	-1.62(0.105)	0.64
Regulación-Descontrol	30.11	7.98	24.44	3.94	-1.66(0.097)	0.90
Total	95.00	16.64	75.22	11.20	-2,43(0.015)*	1.39
<b>BIS11 (Impulsividad)</b>						
Falta de planificación	29.44	4.90	24.56	4.98	-2.68(0.007)*	0.99
Impulsividad Motora	21.22	4.49	18.67	5.72	-2.08(0.037)*	0.49
Impulsividad Cognitiva	19.78	4.49	19.44	3.78	-0.28(0.777)	0.08
Total	70.44	13.37	62.67	12.50	-2.53(0.012)*	0.60

**Nota.** BSL-23= Borderline Sintoms List; *Calidad*= Estado general a lo largo de la última semana (0=absolutamente hundido, 100=excelente); DEERS= Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; BIS-11= Escala de Impulsividad de Barrat; *M*= Media; *DT*= Desviación Típica; *Z*= Test de Wilcoxon, \*  $p \leq .05$ ; *d*= *d* de Cohen,  $d \geq 0.20$ : tamaño del efecto pequeño,  $\geq 0.50$ : tamaño del efecto medio,  $\geq 0.80$ : tamaño del efecto grande.

**BSL-23.** Los resultados muestran una mejora significativa en su escala principal y en la interpretación de la calidad sobre el estado general durante la última semana. Ambas escalas muestran un tamaño del efecto grande. No se observan cambios significativos en su escala adicional correspondiente a evaluación de conductas o comportamientos, aunque es congruente con el diseño del programa dado que se dejó fuera el módulo 3, relativo al entrenamiento en habilidades para la regulación de la conducta. Aun así, esta subescala muestra un tamaño del efecto medio lo que podría interpretarse como un cambio moderado, aunque no significativo.

**DERS.** En cuanto a la variable de regulación emocional evaluada, los resultados muestran mejoras significativas en el funcionamiento global total, así como para las subescalas Atención-Desatención, Claridad-Confusión y Aceptación-Rechazo. Todas ellas muestran un tamaño del efecto grande. En cuanto a las subescalas Funcionamiento-Interferencia y Regulación-Descontrol, aunque exista mejoría, no se observan diferencias significativas, pero sí un tamaño del efecto medio y grande.

**BIS-11.** Se observan diferencias significativas en la escala de impulsividad tanto en el funcionamiento global total con un tamaño del efecto medio, así como en las subescalas Falta de planificación, cuyo tamaño del efecto es grande, e Impulsividad Motora con un tamaño del efecto medio. No se observan cambios significativos en la variable impulsividad cognitiva.

**Tabla 4**

*Diferencias en las medidas de autoinforme durante la sesión 2 y 13 de la intervención*

Variables	Pre (S.2)		Post (S.13)		Pre-Post	
	M	DT	M	DT	Z(p)	d
<b>FILTROS</b>						
Privación Emocional	12.57	7.46	9.00	4.32	-1.61(0.107)	0,59
Abandono	14.43	3.74	12.86	4.67	-1.18(0.236)	0,37
Desconfianza	13.00	4.93	10.43	5.77	-2.22(0.026)*	0,48
Imperfección/No Deseable Socialmente	15.86	4.88	11.14	3.98	-2.21(0.027)*	1,06
Fracaso	15.00	6.83	10.43	6.29	-2.21(0.027)*	0,69
Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad	11.43	5.13	9.71	4.57	-1.26(0.206)	0,35
Autosacrificio	16.00	6.51	13.14	6.36	-1.58(0.115)	0,44
Sumisión/Dependencia	14.29	5.99	9.57	6.97	-1.89(0.058)	0,73
Normas Inflexibles/Hipercrítica	16.00	8.39	10.57	7.46	-1.99(0.046)*	0,68
Derecho	9.29	4.99	8.43	3.74	-1.29(0.197)	0,19
Total	137.86	27.73	105.29	24.29	-2.19(0.028)*	1,25

**Nota.** *FILTROS*= Cuestionario de Filtros, protocolo STEPPS; M= Media; DT= Desviación Típica; Z= Test de Wilcoxon, \* $p \leq .05$ ;  $d$ = d de Cohen,  $d \geq 0.20$ : tamaño del efecto pequeño,  $d \geq 0.50$ : tamaño del efecto medio,  $d \geq 0.80$ : tamaño del efecto grande; N Válidos= 7; N Perdidos= 2

**Cuestionario de Filtros.** Se observan diferencias significativas en la valoración global total con un tamaño del efecto grande. Para las distintas subescalas referidas a los filtros, encontramos diferencias significativas para Desconfianza, Imperfección/No deseable socialmente, Fracaso y Normas Inflexibles/Hipercrítica, todas ellas con un tamaño del efecto que oscila entre leve y grande. Pese a que no se observen cambios significativos en el resto de las subescalas evaluadas, todas mostraron diferencias en el pre y el post tratamiento, así como un tamaño del efecto medio, excepto en el caso del filtro de Derecho, cuyo tamaño del efecto fue ínfimo.

**Tabla 5**

*Expectativas y Satisfacción con la intervención*

Variables	Expectativas		Satisfacción	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>TRATAMIENTO</b>				
Lógico	8.56	1.01	9.22	0.83
Satisfacción	8.56	1.33	8.89	1.05
Recomendarías a alguien con el mismo problema	8.78	1.30	9.78	0.44
Útil para tratar otros problemas psicológicos	8.11	1.17	8.33	1.32
Útil en tu caso	8.11	1.05	9.56	0.88
Total	8.42	0.86	9.16	0.51
<b>FORMATO ONLINE</b>				
Cómodo/fácil de seguir	8.55	1.81	8.33	1.80
Facilita aprendizaje	7.55	1.74	7.78	1.86
Beneficioso desarrollar talleres de este tipo	7.33	1.50	7.78	1.92
Recomendarías a alguien con el mismo problema	7.00	2.78	8.33	1.32
Total	7.29	1.69	7.82	1.66

**Nota.** *M*= Media; *DT*= Desviación Típica

**Satisfacción con el tratamiento.** Como se puede observar en las puntuaciones obtenidas, las participantes del taller reflejaron una satisfacción moderada-alta tanto para el tratamiento en general como para su aplicación online.



En cuanto a la tasa de abandono, fue nula dado que todas las integrantes del taller realizaron el programa y completaron los cuestionarios de evaluación tanto en el pre-tratamiento como en el post-tratamiento. Así mismo, las faltas de asistencia a sesiones, cuando las hubo, fue debidamente justificada.

### **Discusión**

El objetivo de esta investigación era el de someter a prueba la viabilidad de dos módulos del programa STEPPS (*System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) en su aplicación al formato *online* a una muestra comunitaria. Para ello se formularon las hipótesis correspondientes, a fin de evaluar las distintas variables medidas en el estudio piloto. La hipótesis principal sometida a estudio era la de comprobar que el programa resultase efectivo para la mejoría de la sintomatología asociada al trastorno de intensidad emocional (TLP) en población subclínica o de problemática leve-moderada, reflejándose en las medidas relacionadas con la inestabilidad emocional y comportamental e impulsividad, así como en la intensidad de creencia en los esquemas desadaptativos tempranos. Se esperaba que todas ellas arrojasen resultados significativos tras su evaluación post-tratamiento. Se esperaba, también, que el programa fuese bien aceptado por los participantes, manifestando un grado de satisfacción moderado-alto, así como que el formato *online* produciría tasas bajas de abandono.

Los resultados obtenidos muestran una diferencia significativa para todas las variables evaluadas en su funcionamiento global, así como en gran parte de sus subescalas. Aquellas subescalas que no muestran mejoras significativas, a su vez, obtienen también puntuaciones indicadoras de mejoría.

En cuanto a la aceptación del programa, los cuestionarios de expectativas y satisfacción (Borkovec y Nau, 1972) muestran puntuaciones elevadas que denotan un grado de satisfacción alto, y la tasa de abandonos fue nula, es decir, que todas las integrantes del taller que iniciaron el programa lo finalizaron.

A continuación, exponemos más en profundidad algunos de estos hallazgos:

**Síntomas asociados al trastorno límite de la personalidad (BSL-23).** La *Borderline Symptoms List*, es una de las pocas escalas que existen en la actualidad para evaluar la gravedad del TLP a lo largo del tiempo (Soler et al., 2013). Los resultados en su escala principal, correspondiente a síntomas cognitivos, son congruentes con la hipótesis de partida, lo que se refleja también en una percepción global de mejoría en la calidad de vida. La escala adicional del BSL, correspondiente a ítems sobre síntomas conductuales, no muestra diferencias estadísticamente significativas, aunque se observan mejoras, lo cual era de esperar dado que para el presente estudio piloto dejamos al margen el tercer módulo del programa STEPPS, que aborda este tipo de problemática. Aun así, la notable mejoría en los síntomas más característicos del TLP, como lo son su interferencia y malestar, es congruente con otros estudios en la misma línea (Blum et al., 2008; Harvey, Black, y Blum, 2010).

**Dificultades en la regulación emocional (DERS).** Hubo un descenso significativo en la puntuación total al final del tratamiento, así como en las subescalas “Desatención”, “Confusión” y “Rechazo”. Concluimos, pues, que el programa STEPPS parece actuar sobre las variables cognitivas de la regulación emocional, como son la aceptación de la conciencia emocional interna y la atención dirigida a objetivos y metas. Estos resultados son similares a los obtenidos por Boccalon et al., en 2017, quienes observaron una mejoría general en las puntuaciones del DERS, aunque en su caso, las subescalas "interferencia" y "descontrol" fueron las dos dimensiones sobre las que actuó el tratamiento. En este estudio la mejoría en la regulación de las emociones se tradujo en una reducción del número de hospitalizaciones e intentos de suicidio. Probablemente esta diferencia sea debida a que, para el presente estudio piloto, el módulo de entrenamiento en habilidades para la regulación de la conducta quedó fuera de la investigación. También es importante señalar que la muestra era de

problemática leve-moderada, quedando entre los criterios de exclusión las conductas autoagresivas o heteroagresivas que supusieran un riesgo elevado.

**Impulsividad (BIS-11).** Históricamente los comportamientos impulsivos se consideraban irreflexivos y explosivos. En la actualidad, los estudios apuntan a que, además, estas conductas contienen el deseo intenso e irrefrenable de cometer un acto incluso en el caso de que sepamos que éste va a tener consecuencias negativas para nosotros (Moeller et al., 2001). Por ello, el estudio de la impulsividad cada vez adquiere más interés en el ámbito de la psicología para explicar su relación con los trastornos mentales y las conductas autolesivas y heteroagresivas (Salvo y Castro, 2013). El inventario de impulsividad de Barrat es uno de los más empleados para medir la impulsividad dado que ha demostrado correlacionar con múltiples patologías, entre ellas el trastorno límite de la personalidad, tanto en población clínica como en población subclínica.

En el caso de nuestro estudio, se observó un descenso en las puntuaciones obtenidas en la escala impulsividad total, así como en sus subescalas relacionadas tanto con la falta de planificación como con la impulsividad motora. Los resultados son congruentes con los obtenidos por Davidson en 2008, quien observó que la aplicación del programa STEPPS producía una disminución en impulsividad, entre otras medidas, y que esta mejora se mantenía en el tiempo hasta un año de seguimiento posterior.

**Filtros o esquemas desadaptativos tempranos.** La forma en que percibimos el mundo y la interpretación que hacemos de él, es una parte muy importante de nuestra experiencia interna. Aprender a identificar y nombrar nuestros patrones de pensamiento o esquemas mentales, es un primer paso a la hora de mejorar la forma en la que nos relacionamos con el mundo. En personas con síntomas asociados al TLP, en particular, suele haber cierta tendencia a la polarización, con una visión dicotómica en blanco y negro que refleja sus dificultades a la hora de flexibilizar sus pensamientos. Por ello, la propuesta de Jeffrey Young (2000) resulta especialmente interesante, dado que proporciona un marco

teórico explicativo de dichas necesidades emocionales nucleares en relación con sus experiencias vitales y temperamento emocional.

Nuestro estudio muestra una mejora general en las puntuaciones del cuestionario de filtros, y en particular para las subescalas Desconfianza, Imperfección/No deseable socialmente, Fracaso y Normas Inflexibles/Hipercrítica. Estos hallazgos siguen la misma dinámica de los obtenidos por Alesiani et. al., en 2014, en su estudio sobre una muestra italiana. En este estudio buscaban confirmar la eficacia del STEPPS a los 12 meses de seguimiento, observando, entre otras medidas, cambios en las puntuaciones de los filtros cognitivos. Las conclusiones que extrajeron de este estudio son que, a pesar de que el efecto positivo del STEPPS sobre los filtros es inmediato, no se mantiene estable en el tiempo debido a la relación entre la finalización del tratamiento y la pérdida de apoyos o reforzadores que ello conlleva, lo que facilita que los participantes puedan reincidir en la creencia de realidad de sus pensamientos distorsionados (Aleisani et al., 2014).

### **Limitaciones, propuestas de mejora y futuras líneas de investigación**

La principal limitación que nos encontramos es que, al tratarse de un estudio piloto, el tamaño de la muestra era pequeño, compuesta únicamente por nueve participantes. Esto dificulta que podamos extraer conclusiones firmes acerca de la eficacia y efectividad del programa en general y, más concretamente, de su adaptación *online*, aunque si se observaron resultados prometedores. Como propuesta para futuras investigaciones, sugerimos incluir muestras con mayor número de participantes.

En cuanto a su aplicación *online*, tras una búsqueda exhaustiva, no pudimos encontrar ningún estudio que sometiera a prueba la viabilidad del programa STEPPS en este formato, lo que dificulta la evaluación de la magnitud de los resultados obtenidos en base a su comparativa con hallazgos previos. En este sentido, una buena forma de poner a prueba esta adaptación, sería la de desarrollar investigaciones en las que se comparara un grupo experimental (*online*) y un grupo control (*presencial*) para poder evaluar si existen

diferencias significativas en el grado de eficacia y efectividad de ambos formatos. Aun así, los resultados obtenidos son prometedores y coinciden con resultados de otras investigaciones, por lo que deben tenerse en cuenta para seguir desarrollando protocolos de intervención en esta línea.

Sobre las mejoras obtenidas al desarrollar el programa STEPPS, solo podemos hablar de resultados preliminares dado que no se llevó a cabo el protocolo completo, por falta de tiempo y recursos, aunque se ofreció a aquellas participantes que lo deseen, la opción de completar el tercer módulo del taller más adelante.

No se han podido incluir los resultados de las medidas de seguimiento, que se llevarán a cabo un mes después de finalizar el taller. Estos resultados nos proporcionarán una visión más amplia de los cambios producidos por la intervención en las variables observadas, tanto para corroborar su mantenimiento a medio-largo plazo como si se demuestra que los cambios no se mantienen en el tiempo.

Tampoco se ha tenido en cuenta, en este estudio, el hecho de que algunas participantes estuvieran recibiendo psicoterapia durante la investigación, ni la información clínica concerniente al tipo de terapia y tiempo de seguimiento que pudieran llevar por parte de dichos profesionales. Esto dificulta que se puedan extraer conclusiones en cuanto a que los cambios observados se deban exclusivamente al programa STEPPS. Por ello, una propuesta de investigación hacia el futuro podría ser la de evaluar los distintos mecanismos de cambio en los integrantes del programa, sobre todo relacionándolos con los diferentes componentes y habilidades impartidos durante el mismo. Así se podría demostrar que las distintas variables sometidas a estudio obtienen mejoría en el grado en que los componentes y bloques del taller se van impartiendo.

Aunque la tasa de rechazo fue nula, el periodo de selección fue exhaustivo y voluntario, lo que propició una elevada motivación inicial por parte de las participantes seleccionadas. También el hecho de haber realizado el estudio en población con gravedad leve-moderada puede haber sido un factor a tener en cuenta a la hora del seguimiento del taller de forma

*online* así como su baja tasa de abandono. En futuras investigaciones se podría aumentar la gravedad del cuadro de sintomatología TLP para observar si los resultados en mejora de las variables, así como la tasa de abandono se mantienen.

Por último, debemos señalar que la adaptación de recursos de manera *online*, aunque obtuvo buenos resultados de aceptación, recibió algunas críticas en su evaluación cualitativa. Más concretamente, en cuanto a la comodidad y practicidad a la hora de realizar las tareas para casa propuestas. Estas dificultades podrían mejorarse desarrollando una plataforma virtual o una aplicación móvil, para que los usuarios puedan acceder a dichos recursos y utilizarlos en cualquier momento y desde cualquier lugar, pudiendo tener además un apartado en el que sus avances queden registrados y al que recurrir en momentos de crisis.

### **Conclusiones**

El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos más graves e invalidantes que existen en la actualidad, y comporta una buena parte de los recursos destinados a dispositivos de salud mental de la sanidad pública. Este trastorno es complejo y heterogéneo lo que dificulta su diagnóstico temprano y el acceso a los tratamientos adecuados para mejorar su sintomatología asociada. Prestar atención a población subclínica para desarrollar protocolos de prevención e intervención precoz, podría ser un buen primer paso para abaratar costes y reducir el porcentaje de personas que acaban desarrollando dicho trastorno.

En este contexto, la necesidad de poner a prueba protocolos de intervención validados para mejorar la sintomatología asociada al TLP, en un contexto *online* mediante plataformas virtuales o videoconferencia, resulta fundamental para un desarrollo coste-eficaz de los recursos disponibles.

El impacto del programa STEPPS es evidente en la regulación emocional, impulsividad, gestión en crisis y pensamientos desadaptativos, pese a todas las limitaciones de la

presente investigación, y su eficacia está en consonancia con los resultados obtenidos en investigaciones previas. Existe una clara necesidad de seguir realizando investigaciones sobre este programa para acumular evidencia sobre su efectividad en relación coste-beneficio, así como para poder cubrir la demanda asistencial existente en la actualidad. Estos estudios podrían ser implementados desde departamentos de investigación universitarios, hospitales, centros sanitarios y asociaciones, para que aquellas personas que los necesiten puedan acceder a los beneficios que ofrecen, de manera gratuita o a bajo coste.

Nuestro estudio preliminar pretende poner el foco en la importancia de abrir nuevas vías de investigación en formato *online* con el fin de adaptar los distintos recursos y tratamientos validados para los problemas de regulación emocional. De esta manera ayudaremos a que el entrenamiento en habilidades para el manejo de esta sintomatología y el malestar e interferencia que provoca, lleguen a la población que lo necesita, pudiendo beneficiarse de él con mayor facilidad. El propósito final de este estudio es el de proporcionar mayor accesibilidad y, con ello, mejorar la calidad de vida de buena parte de personas que sufren en su día a día los efectos de este trastorno, indistintamente de sus limitaciones económicas, de tiempo o de desplazamiento.

## Bibliografía

- Adelman, C.B., Panza, K.E., Bartley, C.A., Bontempo, A. & Bloch, M.H. (2014). A metaanalysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(7), 695-704.
- Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Program efficacy and personality features as predictors of drop-out—An Italian study. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 920-927.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.
- Andrews, G., Newby, J.M. y Williams, A.D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Current Psychiatry Reports*, 17, 533-538.
- Aragonés E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J. Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de Atención Primaria. *Gac Sanit*. 2013; 27(2): 171-174.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* J. Monahan and HJ Steadman.
- Bateman, Gunderson & Mulder (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385, 735-743.



- Bayes, A. J., & Parker, G. B. (2019). Cognitive and behavioral differentiation of those with borderline personality disorder and bipolar disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(8), 620-625.
- Black DW, Blum N, StJohn D (2009). STEPPS: A practical, evidence-based way to treat borderline personality disorder. *Current Psychiatry*, 8:31-37.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468–478. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07071079
- Boccalon, S., Alesiani, R., Giarolli, L., & Fossati, A. (2017). Systems training for emotional predictability and problem solving program and emotion dysregulation: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(3), 213-216.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: Moderation by diagnosis or severity?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 173-181.

- Botter, L., Ten Have, M., Gerritsen, D., de Graaf, R., van Dijk, S. D. M., van den Brink, R. H. S., & Voshaar, R. O. (2021). Impact of borderline personality disorder traits on the association between age and health-related quality of life: A cohort study in the general population. *European Psychiatry*, 64(1).
- Crowell, Beauchaine & Linehan (2009). *Psychological Bulletin*, 135, 495-510
- Davidson, K. M. (2008). Borderline personality disorder: STEPPS improves symptoms. *Evidence-based mental health*, 11(4), 120-120.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder comorbidity: Relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., Hurley, J., Weihrauch, M. & Groeger, J. (2017). Family Connections versus optimized treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1),18. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), 10.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., González, M. P. G. P., Bobes, J., & Muñiz, J. (2011). Borderline personality traits in nonclinical young adults. *Journal of personality disorders*, 25(4), 542-556.
- Frías, Á., Solves, L., Navarro, S., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., ... & Riera, A. (2020). Technology-Based Psychosocial Interventions for People with Borderline Personality Disorder: A Scoping Review of the Literature. *Psychopathology*, 1-10.

- Gaudio, S., & Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 769-774.
- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Císcar Pons, S., ... & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799.
- Gleeson, J., Alvarez-Jimenez, M., Betts, J. K., McCutcheon, L., Jovev, M., Lederman, R., ... & Chanen, A. M. (2020). A pilot trial of moderated online social therapy for family and friends of young people with borderline personality disorder features. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Harvey, R., Black, D. W., & Blum, N. (2010). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) in the United Kingdom: A preliminary report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 225-232.
- Hastrup, L., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., Simonsen, E. Societal costs of Borderline Personality Disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr. Scand.* **2019**, 140, 458–467.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hill, N., Geoghegan, M., & Shawe-Taylor, M. (2016). Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the

- multidisciplinary treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 347–356. doi: 10.1111/jpm.12315.
- Hörz, S.; Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Reich, D.B.; Fitzmaurice, G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr. Serv.* 2010, 61, 612–616.
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P., & Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis*, 41(1), 1-9.
- Kazdin, A. E., & Stacey L. B. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Sciences*, 6(1), 21-37.
- Kazdin, A. E. (2015). Technology-based interventions and reducing the burdens of mental illness: Perspectives and comments on the special series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 359-366.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2012). Persuasive system design does matter: A systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e152.
- Köhne, S., Schweiger, U., Jacob, G. A., Braakmann, D., Klein, J. P., Borgwardt, S., ... & Faßbinder, E. (2020). Therapeutic Relationship in eHealth—A Pilot Study of Similarities and Differences between the Online Program Priovi and Therapists Treating Borderline Personality Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6436.
- Linehan, M. (2015). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* (2nd ed.). The Guilford Press.
- McDonald, S. (2019). Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSD-BPD): a

- systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(5), 799-814.
- Medrano, L. & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1345–1356. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.vedr>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., & Montalvan, V. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Oviedo, G., Gomez, C., Rondon, M., Borda, J., & Tamayo, N. (2015). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. *Encuesta nacional de salud mental*.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190-1198.
- Servicio Andaluz de Salud (2012). Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad. Documento técnico. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/Documentotecnico\\_0.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Documentotecnico_0.pdf)
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1-7.

- Volkert et al. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-análisis. *The British Journal of Psychiatry*, 213, 709-715. doi:10.1038/s41537-018-0062-8.
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., ... & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 12-22.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2000). Schema therapy for borderline personality disorder: Detailed treatment model. *New York: Cognitive Therapy Center of New York*.
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

## Anexos

### Criterios Diagnósticos TLP Según DSM-5

#### *Trastorno Límite de la Personalidad*

---

Es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido del yo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de autolesión.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y, rara vez, unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas frecuentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

---

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición, American Psychiatric Association, 2014)

## Modelo De Consentimiento Informado

### **TALLER ONLINE DE REGULACIÓN EMOCIONAL**

#### ***Datos personales del Participante***

*Nombre y apellidos*

*DNI*

#### **Nombre de los proyectos Trabajo Fin de Máster:**

*Viabilidad/Desarrollo de un protocolo de tratamiento grupal basado en el programa STEPPS y aplicado en formato online para la sintomatología asociada al trastorno de inestabilidad emocional (TLP)*

*Procesos y mecanismos de cambio en el programa STEPPS aplicado al formato online.*

#### **Director/a de la tesis doctoral o del TFM**

*Azucena García Palacios*

*Cristina Botella Arbona*

#### **Investigador/a principal del proyecto**

*Eva María Ibáñez Navarro*

*Beatriz Esteban Brau*

#### **INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**

*Apreciado Sr./Sra.:*

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

#### **Objetivo del estudio:**

El objetivo general de este estudio es, por una parte, estudiar la viabilidad y aceptabilidad de un protocolo de tratamiento grupal en formato online para los problemas de inestabilidad emocional por medio de un estudio piloto. Por otra parte, también se estudiarán los procesos y posibles mecanismos de cambio durante la aplicación del programa.

#### **Desarrollo del estudio:**

En una primera fase de cribado se evaluará si los solicitantes pueden participar o no en el estudio. Aquellos solicitantes que puedan participar en el mismo (fase 2) serán adscritos a la intervención.

El tratamiento consistirá en 13 sesiones grupales online con una duración de 2 horas cada una. Estas sesiones grupales tendrán lugar una vez por semana y los usuarios trabajarán el contenido temático por su cuenta durante el resto de la semana. A lo largo del tratamiento se les proporcionará a diario un cuestionario de evaluación continuada con el propósito de realizar un seguimiento de los cambios que puedan producirse a lo largo de la intervención, junto con los recursos propios del programa.



El tratamiento aplicado *online* consistirá en un programa en formato taller impartido vía *Internet* e interactivo, que el participante puede realizar desde su casa compuesto por 2 módulos de trabajo. Estos módulos o componentes terapéuticos tienen como objetivo fundamental: 1) incrementar la conciencia emocional; 2) aumentar la capacidad para identificar y modificar esquemas desadaptativos tempranos; 3) aprender a identificar y etiquetar emociones, así como mejorar la tolerancia a las emociones negativas; 4) promover la aceptación de la experiencia interna; 5) aprender a identificar y retar los pensamientos desadaptativos; 6) reducir conductas desadaptativas y; 7) promover el aumento en la frecuencia de conductas y creencias adaptativas frente a la aparición de problemas o conflictos.

#### **Participantes:**

Los participantes serán adultos escogidos de entre una muestra comunitaria.

#### **Implicaciones para el participante:**

##### Beneficios/riesgos:

El beneficio para los participantes será recibir un tratamiento psicológico basado en la evidencia para el tratamiento de los síntomas asociados al trastorno por inestabilidad emocional, así como poder realizar un seguimiento sobre su problemática.

No existen riesgos en la realización de estudio. No obstante, la aparición de cualquier cambio que suponga peligro para un participante, no sólo supondrá su salida del estudio, sino también se le ofrecerán alternativas para poder acceder a otros recursos de salud mental.

##### Participación voluntaria:

Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

##### Confidencialidad:

Se garantizará la confidencialidad y todos los derechos de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

#### **Consentimiento expreso (debe marcar con una cruz todas las casillas):**

- ☐ He sido informado/a suficientemente de las pruebas y tratamientos que recibiré como consecuencia de la investigación que se practica.
- ☐ Estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente recibir este tratamiento y me comprometo a seguir las prescripciones y a formalizar los cuestionarios que se presenten.
- ☐ Puedo abandonar el tratamiento/colaboración en el momento que lo desee.
- ☐ El/la terapeuta puede decidir la finalización del tratamiento si no cumplo un mínimo de las pautas establecidas que posibilite un tratamiento adecuado.
- ☐ Salvaguardando siempre el derecho a la intimidad, acepto que los datos que se puedan derivar de esta investigación puedan ser utilizados para la divulgación científica.
- ☐ Los datos personales recopilados a lo largo de la investigación formarán parte de una actividad de tratamiento de datos personales cuyas responsables son Eva Ibáñez y

Beatriz Esteban como Investigadoras principales del proyecto. Puedo solicitarles "Información básica de protección de datos" si lo deseo.

- ☐ Acepto un compromiso de confidencialidad y el mantenimiento de la privacidad de los contenidos e información personal que compartan los otros integrantes del taller durante las sesiones, de tal modo que no haré uso de ninguna información que "descubra" de otros participantes.

#### **Aspectos éticos:**

El estudio se desarrollará según las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki y Tokio, y la declaración de Madrid de la World Psychiatric Association). Como se ha señalado, todos los participantes del estudio serán voluntarios y darán su consentimiento informado para formar parte del proyecto, una vez se les haya explicado éste. La selección de los participantes se realizará por personal cualificado desde un punto de vista clínico. A todos los participantes elegibles se les dará información sobre el estudio y, en cualquier momento, podrán dejar la investigación.

#### **Revisión Ética:**

El estudio se ha sometido a la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Universitat Jaume I.

#### **Plan de protección de datos:**

Se garantizará la confidencialidad y todos los derechos de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Para garantizar al máximo la seguridad de las aplicaciones de uso terapéutico, en lo que respecta a las plataformas tecnológicas, estas se mantendrán separadas de la siguiente forma:

El acceso a contenido e información de carácter privado, así como la recopilación de datos para la investigación se realizará mediante la herramienta QUALTRICS: Medición de evaluación pretratamiento-durante tratamiento-post tratamiento.

Las sesiones grupales, como centro de la intervención, se llevarán a cabo mediante la plataforma WEBEX.

FIRMA:

Castellón de la Plana, ..... de ..... de 202.....

<b>Informació bàsica de protecció de dades</b> <b>Información básica de protección de datos</b>	
<b>Responsable</b> <i>Responsable</i>	Eva Maria Ibáñez Navarro i Beatriz Esteban Bran com a investigadors principals del projecte. <i>Eva María Ibáñez Navarro y Beatriz Esteban Bran como investigadoras principales del proyecto.</i> Azucena García Palacios i Cristina Botella Arbona com a director/es de la tesi doctoral o del TFM <i>Azucena García Palacios y Cristina Botella Arbona como director/as de la tesis doctoral o del TFM</i>
<b>Finalitat</b> <i>Finalidad</i>	Gestió d'informació de proves o tractaments generats en el curs del projecte. <i>Gestión de información de pruebas o tratamientos generados en el curso del proyecto.</i>
<b>Legitimació</b> <i>Legitimación</i>	Presentació d'assistència psicològica. Investigació científica <i>Presentación de asistencia psicológica. Investigación científica.</i>
<b>Personal destinatari</b> <i>Personal destinatario</i>	Divulgació científica, respectant el dret a la intimitat <i>Divulgación científica, respetando el derecho a la intimidad</i>
<b>Drets de les persones interessades</b> <i>Derechos de las personas interesadas</i>	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat, i a la limitació o l'oposició al tractament adreçant-se al correu electrònic: <a href="mailto:al397287@uji.es">al397287@uji.es</a> o <a href="mailto:al397380@uji.es">al397380@uji.es</a> <i>Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y a la limitación o la oposición al tratamiento dirigiéndose al correo electrónico <a href="mailto:al397287@uji.es">al397287@uji.es</a> o <a href="mailto:al397380@uji.es">al397380@uji.es</a></i>
<b>Informació addicional</b> <i>Información adicional</i>	Pot consultar la informació addicional de la protecció de dades a la web <a href="https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/">https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/</a> <i>Puede consultar la información adicional de la protección de datos en la web <a href="https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/?urlRedirect=https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/&amp;url=/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/">https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/?urlRedirect=https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/&amp;url=/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/</a></i>

## Resolución Favorable De La Comisión Deontológica



Beatriz Susana Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido informe sobre el proyecto final de Eva María Ibáñez Navarro, con número de expediente "CD/37/2021" Viabilidad/Desarrollo de un protocolo de tratamiento grupal basado en el programa STEPPS y aplicado en formato online para síntomas asociados al trastorno de inestabilidad emocional/trastorno límite de la personalidad (TLP), presentado por Azucena García Palacios, por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la Plana, 15 de abril de 2021